



メディケア サマリー通知

パート B 用 (医療保険)

メディケアおよびメディケイド・サービスセンターからメディケアの請求を行う公式要旨

ジョン ドウ
一時的なアドレス名
住所
市、ストリート 12345-6789

これは請求書ではありません

ジョン ドウ様への通知

メディケア番号	1A23BC4DE56
本通知書の日付	2019年3月1日
あなたの請求と	2019年1月1日～ 3月1日

今期の費用間で処理される請求

メディケアはすべてのサービスを認めま しいえ
したか?

メディケアが却下したサービスの数は?	1
--------------------	----------

3 ページから始まる請求をご覧ください。
の欄をご確認ください。いいえ「サ
ービス承認済み?」コラムの却下された
請求の処理方法は最終ページでござい
ます。

合計請求額	90.15 ドル
-------	-----------------

控除可能ステータス

定額控除とは、メディケアによる支払いが開始
される前に、ほとんどの保険サービスに対して
支払わなければならないものです。

パート B 定額控除: **85.00** ドルに達しました
これで、2019 年の控除額の **147.00** ドルのうち

この期間の提供者

2019年1月21日
クレイグ・アイ・セコサン M.D.

お知らせします。

新しくなったメディケアサマリー通知へよう
こそ。明確な言葉遣い、より大きな文字、そ
して一人一人の請求と控除合計がご確認いた
だけます。この改善された通知によって、質
問で助けを得る方法、偽造を報告する方法、
または上訴する方法をよりよく説明できるよ
うになりました。また、メディケアからの重
要な情報も含まれています。

メディケアを最大限に活用

🔍 本通知の確認方法

各医師または提供者の氏名または名称がわかりますか？日付を確認してください。その日診察の予約をしましたか？

記載されたサービスを受けましたか？あなたの領収書および請求書に記載された内容と、その請求書は合っていますか？

既に請求書の支払いを済ませている場合は、正しい金額を支払いましたか？請求される最大金額を確認します。請求書が、メディケア補充保険(Medigap)プランあるいは他の保険会社に送られたかどうかを確認します。そのプランが、あなたの分担金を支払います。

🚨 偽造を報告する方法

供給者やビジネスが偽造に関与していると思った場合は、1-800-メディケアにご連絡ください。(1-800-633-4227)

偽造の例としては、無料の医療サービスの提供や、受けていないメディケアサービス代金の請求などがあります。情報提供により詐欺が発見できれば、あなたには報酬を受ける資格が与えられます。

違いが生まれます! 昨年、メディケアは疑わしい活動をメディケアに報告した方々のおかげで、1年で最大の回収額である **42 億ドル** を納税者から削減しました

🗨️ 質問で助けを得る方法

1-800-メディケア (1-800-633-4227)

「医師のサービス」を求めるあなたの顧客サービスコードは 05535 です。

TTY 1-877-486-2048 (聴覚障害者の方用)

お住いの州健康保険プログラム(SHIP)にお問い合わせの上、無料の地方健康保険カウンセリングを受けてください。1-555-555-5555 にお問い合わせください。

🍎 メディケア予防サービス

メディケアは、健康を維持するための無料または低コストの検査やスクリーニングを多数提供しています。予防サービスに関する詳しい情報は、

- 医師にお話してください。
- 「Medicare & You」のハンドブックで完全なリストをご覧ください。
- 個人のリストを確認するには www.MyMedicare.gov をご覧下さい。

📧 メディケアからのメッセージ

肺炎球菌ワクチンの接種を受けましょう。受ける回数は、生涯で 1 回のみです。この接種については、医療ケア提供者までお問い合わせください。あなたの医療ケア提供者がメディケアの割り当てを認めた場合、あなたは支払う必要はありません。

住所変更は社会保障担当の 1-800-772-1213 までご連絡ください。 TTY ユーザーは 1-800-325-0778 までご連絡ください。

初期の検知が最高の保護策となります。 今すぐマンモグラムの計画を立てましょう。メディケアでは、マンモグラム検査の支払いを支援します。

請求をすぐにご確認されたいですか？ メディケアが請求を処理してから通常 24 時間以内に、www.MyMedicare.gov で元のメディケア請求にアクセスが可能です。個人的な健康記録を追跡しやすくするために、「青いボタン」機能を使うことができます。

パート B の請求 (医療保険)

パート B の医療保険は、医師のサービス、診断試験、救急車のサービス、他の医療ケアサービスに対する支払いに役立ちます

欄の定義

サービス承認済み?: この欄では、メディケアがこのサービスに適用されるかどうかを示します。

請求金額: これは、このサービスに対するあなたの提供者の料金です。

メディケア-承認額: これは、提供者がメディケアのサービスに対して支払いを受けることができる金額です。これは、提供者に請求された実際の金額以下である場合もあります。

提供者はカバーされたサービスに対して全額支払いを承認しました。メディケアは通常メディケアの承認金額の 80%を支払います。

メディケアによって支払い済みの金額: これはメディケアがあなたの提供者に支払った金額です。これは通常メディケアが承認された金額の 80%です。

最大可能請求額: これは、提供者があなたに請求できる合計金額であり、定額控除、共同保険、適用外の他の料金が含まれる場合があります。メディケア補充保険(Medigap 保険証券)あるいは他の保険に加入している場合は、それらがこの金額の全額あるいは一部を支払います。

2019 年 1 月 21 日

クレイグ・アイ・セコサン M.D. (555) 555-1234

Looking Glass Eye Center PA, 1888 Medical Park Dr, Suite C, Brevard, NC 28712-4187

提供サービスと請求コード	サービスは承認されましたか?	提供者が請求した金額	メディケア承認額	支払済みのメディケアの金額	最大可能請求額	以下の注をご覧ください
診断や治療のための眼科検診や医療検査、1 回以上の来院 (92014)	はい	\$143.00	\$107.97	\$86.38	\$21.59	
皮膚腫瘍の破壊 (17000)	いいえ	68.56	0.00	0.00	68.56	A
請求#02-10195-592-390 合計		\$211.56	\$107.97	\$86.38	\$90.15	B

上記の請求に関する注記

- A** このサービスは却下されました。提供された情報は、このサービスまたはアイテムの必要性をサポートしません。
- B** あなたの請求はのノースカロライナ州の **Wellmark BlueCross BlueShield** にあるメディケアサプリメント保険 (メディキャップポリシー) に送られました。利益に関する質問があればそこへ送ってください。

却下された請求の処理方法あるいは申し立て方法

詳細を参照する

請求が拒否された場合は、病院または施設に電話または書面で問い合わせ、請求に関する明細を依頼してください。病院側が正しい情報を送付するよう確認してください。そうでない場合は、施設に対して、当局の請求局まで連絡して誤りを訂正するように依頼してください。施設にサービスまたは請求に関する項目別の説明を求めることができます。

本通知の適用あるいは支払い決定に関する情報は 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)までご連絡ください。これには決定を行う際に使用された法律あるいは方針が含まれます。

この通知に関する補償範囲の決定、支払いの決定、または支払い金額に同意しない場合は、上訴することができます。

上訴は書面で提出しなければなりません。右側のフォームを使用してください。請求局では、あなたが本通知書を受け取ってから 120 日以内に、申し立てを受け取らなければなりません。

当局があなたからの申し立て書類を受け取らなければならない期日:

2020 年 7 月 13 日

上訴を提出する際、サポートが必要な場合

問い合わせ: 代表者の任命を含め、書面による申し立てを行う前に、1-800-MEDICARE あるいは州健康保険プログラム(2 ページ参照)までお電話下さい。

施設に電話する: 施設に、支援してくれる情報を求めましょう。

友人に支援を求める: 申し立てのプロセスでああなたの代表となる、家族あるいは友人など誰か他の人を任命することもできます。

上訴に関する詳細を確認する

上訴に関するより詳細を確認するには、「メディケアとお客様」のハンドブックを読むか、www.medicare.gov/appeals をオンラインでご確認ください。

書面で申し立てを行う

以下のステップに従ってください:

- 1 この通知上で、同意しないサービスまたは請求に丸を付けてください。
- 2 なぜ同意しないのかを記入してください。本通知書に説明を記入するか、さらにスペースが必要な場合は本通知書に別のページを添付してください。
- 3 下記を全て記入してください。
あなた、あるいは代表者のフルネーム (活字体)

あなた、あるいは代表者の署名

あなたの電話番号

完全なメディケアの番号

- 4 上訴に関して他の情報があれば記入してください。施設に対して、役に立つ情報を求めることもできます。
- 5 送付するドキュメント全てにメディケア番号を記入してください。
- 6 記録のためにこの通知と関連するドキュメント全てをコピーしてください。
- 7 この通知と関連するドキュメントを下記住所に送ってください。

メディケア請求局

契約者名

住所

市、ストリート 12345-6789